UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1942-1943 — N° 23

TRAITEMENT DES LÉSIONS DES CULS-DE-SAC VAGINAUX AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 25 Juin 1943

PAR

Jean-Guillaume LARUË

Né à Biarritz (Basses-Pyrénées) le 6 Octobre 1913

Examinateurs de la Thèse

MM. FAUGÈRE, professeur..... *Président*

PÉRY, professeur.....

CHARRIER, professeur..... *Juges*

MAHON, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1943

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536503_0055

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1942-1943 — N° 23

TRAITEMENT DES LÉSIONS DES CULS-DE-SAC VAGINAUX AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 25 Juin 1943

par

Jean-Guillaume LARUË

Né à Biarritz (Basses-Pyrénées) le 6 Octobre 1913

Président de la Thèse	M. FAURÉ, professeur	*Président*
	PÉRY, professeur	*Juges*
	CHARRIER, professeur	
	MARON, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1943

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1942-1943 – N° 23

TRAITEMENT DES LÉSIONS DES CULS-DE-SAC VAGINAUX AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 25 Juin 1943

PAR

Jean-Guillaume LARUË

Né à Biarritz (Basses-Pyrénées) le 6 Octobre 1913

Examinateurs de la Thèse :

MM. FAUGÈRE, professeur..... *Président*

PÉRY, professeur.....

CHARRIER, professeur..... *Juges*

MAHON, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1943

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC. — **ASSESSEUR** : M. LABAT
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE, ANDÉRODIAS

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC / DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale et gynécologique	JEANNENEY
Clinique chirurgicale	PAPIN
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	N...
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	LEURET
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Physiologie	FABRE
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	CREYX
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), CHARRIER (Chirurgie générale), FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUFOUR
Physiologie	FRANCK
Médecine générale	PIECHAUD / N... / DE GRAILLY / FONTAN / BROUSTET / DERVILLEE / SARIC / DUBARRY
Chirurgie générale	LOUBAT / MASSÉ

	MM
Chirurgie générale	DARGET / MAGENDIE / POUYANNE
Obstétrique	N... / MAHON
Ophtalmologie	N...
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	N...
Physique médicale	N...
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	CASTAGNOU
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD
Pharmacie	MESNARD / GRANGER
Histoire naturelle médicale et parasitologie.	R. MANDOUL

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LOUBAT
Accouchements	MAHON
Puériculture	FAUGÈRE
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL
Médecine légale	DERVILLÉE
Urologie	DARGET
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N...

	MM.
Physique médicale et pharmaceutique	N...
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU
Botanique	GIRARD
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	LIARD
Chimie biologique	TAYEAU

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR E. LARUË DE CHARLUS

Il n'a pas vu la parution de ce travail qu'il attendait avec impatience. Je le lui dédie en témoignage de mon plus profond respect et de ma filiale affection.

A MA MÈRE

Qui s'est dépensée pour nous tous, et en particulier pour moi. Que ce travail lui apporte la marque de toute mon affection et de ma reconnaissance.

A MA FEMME

Qui me fut l'aide et le réconfort de cette fin d'études. Qu'elle trouve ici la preuve de mon amour.

A MES ENFANTS

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

LE DOCTEUR J. VERGEZ-HONTAA

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DU HAVRE

MÉDAILLE MILITAIRE

CROIX DE GUERRE 1914-1918

LE DOCTEUR P. DOUCET

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma reconnaissance pour les conseils et les directives qu'ils me prodiguèrent sans compter depuis la mort de mon père.

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BELLES-SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAUGÈRE

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE PUÉRICULTURE

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

En le remerciant de l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé et en le priant de croire à toute notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.

INTRODUCTION

Quand on parle de lésions des culs-de-sac, on envisage le plus souvent des déchirures consécutives à une rupture utérine. Il semble pourtant intéressant de faire remarquer et d'insister sur le fait que ces lésions existent d'une manière isolée et indépendamment de toute atteinte de la matrice.

Les anciens ouvrages en parlent, et les auteurs modernes leur font également une place à part dans la littérature. Pourtant, nous devons bien remarquer que presque toujours on les considère comme un peu exceptionnelles, et les auteurs donnent l'impression de les rapporter comme des cas de documentation simple.

En est-il exactement ainsi ? L'absence d'un nombre important d'observations dans la littérature doit-elle prouver la précarité de cette question ? Nous ne le croyons pas, car, en fait, on se trouve en face de véritables accidents survenant au cours de l'accouchement. Il faut donc les connaître, les diagnostiquer et enfin savoir les traiter.

Dans ce travail, nous nous proposons de consacrer un certain nombre de pages à l'étude de ces lésions.

Tout d'abord, nous envisagerons leur étiologie, leurs formes, leurs signes cliniques, leur évolution. Cela constituera la première partie de notre ouvrage.

Ensuite suivra une rétrospective des traitements; puis, pour terminer, nous envisagerons un traitement qui nous a semblé rationnel et pourra peut-être permettre de « faire

le point » dans ce domaine où l'on rencontre les traitements les plus variés. Chacun s'inspire, quand le cas se présente, de ses notions propres de pathologie générale, il s'efforce de tenir compte de tous les facteurs influençables (état de la malade, antécédents, menace de péritonite, etc.), et il traite alors cette lésion suivant le signe dominant.

Les observations qui concluront le travail viennent, pour une part, de l'hôpital Boursier et de la Maternité. D'autre part, grâce à l'amabilité de chirurgiens ou d'accoucheurs dont la valeur professionnelle ainsi que les titres témoignent de leur conscience, nous avons pu recueillir des observations personnelles. Qu'ils trouvent ici l'expression sincère de notre profonde reconnaissance.

L'ensemble doit permettre de conclure qu'il y a certainement possibilité d'envisager un traitement médical surveillé avant d'en venir au traitement chirurgical mutilateur.

Nous reconnaissons que les observations ne sont pas nombreuses, bien que se distribuant sur les dix dernières années, ce qui signifie, rien que pour les hôpitaux, environ 20.000 accouchées.

Malgré cela, si on accepte de voir l'intérêt de cette question et si la preuve d'une thérapeutique nouvelle raisonnable est apportée, nous aurons certainement dépassé largement le but que nous nous proposons.

CHAPITRE PREMIER

SUJET

Il semble que, dans l'esprit d'un certain nombre de médecins, la lésion isolée d'un ou des culs-de-sac vaginaux survenant au cours de l'accouchement soit un accident d'une rareté telle qu'il n'entraîne pas l'obligation d'un chapitre spécial. Il est extraordinaire de penser que certains se figurent qu'il ne peut y avoir lésion d'un cul-de-sac vaginal sans atteinte concomitante de l'utérus. Complication celle-là parfaitement connue, étudiée et traitée. Disons donc tout de suite que volontairement elle est écartée de notre travail. Nous voulons simplement essayer de montrer que la lésion isolée, existante comme les observations le prouvent, doit avoir un traitement propre et indépendant des sanctions thérapeutiques qu'entraîne une rupture du Douglas faisant suite à une déchirure du segment inférieur par exemple.

Pour certains, le problème se pose d'une manière assez schématique. Opère-t-on ? Hystérectomie le plus souvent; ou bien laissera-t-on tout rentrer dans l'ordre sans y toucher ? En fait, n'y a-t-il pas maintenant, toujours dans l'expectative chirurgicale prête, une thérapeutique qui permettrait de pallier à une intervention mutilatrice immédiate ?

Les traitements les plus divers ont été préconisés avec des résultats variables. Nous essayons d'en soumettre un

autre qui peut-être certaines fois rendra des services.

Certainement un grand nombre de ces déchirures passent inaperçues et évoluent souvent spontanément vers la guérison. Personne n'en soupçonnait l'existence, et ce n'est qu'au cours d'un examen pour une cause fortuite qu'on sent sous les doigts une cicatrice, séquelle de déchirure dans un des culs-de-sac.

Cependant, il a été signalé aussi que « bon nombre de décès ou d'accidents secondaires sont attribués à une cause courante : infection puerpérale, choc, état déficient de la malade, alors qu'une simple exploration minutieuse aurait montré une lésion d'un cul-de-sac ». Rouvier, qui a particulièrement étudié ces questions, édicte un principe qui pour lui est formel : « Après tout accouchement dystocique, il faut faire automatiquement une révision minutieuse de l'utérus et des culs-de-sac vaginaux », et c'est souvent qu'on trouve une déchirure.

Le médecin doit donc savoir que ces lésions existent; il doit les rechercher et se fera un devoir d'appliquer une sanction thérapeutique.

ANATOMIE

Au point de vue anatomique pur, qu'entend-on par culs-de-sac vaginaux ?

Au XVII[e] siècle, nous constatons que Mauriceau confond encore col et vagin. Aussi quand nous lisons qu'au XV[e] siècle Bienvieni rapporte un cas de déchirure de cul-de-sac, et en 1687 Van der Weill un autre, il nous est difficile de dire s'il s'agit véritablement d'une lésion isolée des culs-de-sac, comme cela nous intéresse, ou bien d'une rupture utérine, vaginale et périnéale, la confusion régnant entre col, vagin et vulve.

Boer le premier semble faire une première distinction

sérieuse, et c'est à Testut que nous empruntons la description faite dans son ouvrage :

« Le vagin est un conduit musculo-membraneux, très long, très large et très extensible, qui s'étend de l'utérus à la vulve. Continuation de la cavité utérine, il livre passage au moment de l'accouchement au fœtus et à ses annexes. La forme générale est celle d'un conduit cylindrique... L'extrémité supérieure du vagin est un orifice circulaire taillé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, qui embrasse le col à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs. A ce niveau, tandis que la tunique musculeuse du vagin se fusionne avec la tunique homonyme de l'utérus, sa tunique muqueuse se réfléchit de haut en bas sur le museau de tanche et l'enveloppe régulièrement jusqu'à son sommet où elle se continue à travers l'orifice externe du col avec la muqueuse utérine...

« En se réfléchissant ainsi sur le col, la muqueuse vaginale détermine tout autour de ce dernier organe la formation d'une rigole circulaire que l'on désigne indistinctement sous les noms de voûte du vagin, ampoule vaginale, culs-de-sac vaginaux. Cette rigole péricervicale, quoique partout continue, se divise topographiquement en quatre parties : une antérieure, une postérieure et deux latérales qui constituent ce qu'on appelle les culs-de-sac antérieurs, postérieurs et latéraux du vagin.

« Le cul-de-sac antérieur est peu profond; il se réduit, dans certains cas où l'insertion du vagin se fait très bas sur le col, à une simple gouttière transversale. Sur lui repose le bas-fond de la vessie séparée du vagin par une couche de tissus cellulaires au sein de laquelle cheminent quelques branches artérielles ordinairement de petit calibre, les artères vésico-vaginales.

« Le cul-de-sac postérieur, en raison même de l'obliquité de l'insertion vaginale, est beaucoup plus profond que le précédent. En arrière de lui se trouve le cul-de-sac recto-vaginal ou espace de Douglas, et au delà de ce cul-de-

sac la face antérieure du rectum. Nous savons que le péritoine vaginal se prolonge sur le vagin dans une étendue de 15 à 20 millimètres, rarement plus bas.

« Entre le feuillet séreux et la paroi vaginale s'interpose une couche celluleuse parfois assez épaisse qui se continue en haut avec le tissu cellulaire péricervical et dans laquelle se trouvent des veines plus ou moins anastomosées en plexus veineux utérovaginal et le système veineux du rectum.

« Les culs-de-sac latéraux, situés comme leur nom l'indique sur les côtés du col, relient l'un à l'autre à droite et à gauche le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac postérieur. Ils sont longés par l'uretère, par la partie la plus élevée du plexus vaginal, par trois ou quatre canaux lymphatiques isus du col et, dans certains cas (quand cette artère est abaissée par l'artère utérine), un intervalle de 10 à 15 millimètres sépare ordinairement l'artère utérine du cul-de-sac latéral.

« La paroi vaginale mesure 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Elle se compose de trois tuniques concentriques, une tunique externe ou conjonctive, une tunique moyenne ou musculeuse et une tunique interne ou muqueuse.

« La face postérieure du vagin en haut est recouverte tout d'abord par le péritoine qui descend sur elle dans une étendue de 15 à 20 millimètres, puis se réfléchit sur le rectum en formant le cul-de-sac recto-vaginal. La face antérieure et les faces latérales ne sont pas directement tapissées par le péritoine. »

On voit donc la distinction nette qui existe anatomiquement entre l'utérus et le vagin. On comprend par suite la possibilité qui existe à avoir des lésions des culs-de-sac consécutives à une rupture de l'utérus, et de même celles de ces culs-de-sac d'une manière indépendante sans atteinte du corps utérin. Ce sont ces dernières seules qui nous intéressent.

CLASSIFICATION

J. Bizais, dans sa thèse, envisageant toutes les déchirures du vagin, est amené à faire une classification complète :

1° Les lésions des parties inférieures intéressant le vagin et le périnée;

2° Celles des parties moyennes;

3° Celles du tiers supérieur;

qu'il subdivise en deux groupes; mais nous ne relevons que celles du deuxième groupe, soit :

« Les déchirures uniquement vaginales, n'intéressant que les culs-de-sac. »

ETIOLOGIE

La première question qui se pose alors à l'esprit de chacun est de savoir comment se produisent de telles déchirures. Il faut les distinguer en deux groupes bien séparés : les déchirures spontanées et les déchirures traumatiques.

Les déchirures spontanées, comme leur nom l'indique, se produisent d'elles-mêmes. Thomas O. Gamble signale qu'il n'en connaît pas de spontanées chez la primipare et que 50 % se produisent chez de grandes multipares de six à quatorze grossesses. Il insiste sur l'état des tissus comme en étant la cause. L'accoucheur s'est jusqu'alors abstenu de toutes manœuvres. L'accident a lieu spontanément, d'une façon mécanique. Que s'est-il passé ? Plusieurs facteurs peuvent entrer en jeu. Soit que le vagin ne se prêtait pas à une distension, soit qu'il y ait eu une cause de lésion de la paroi vaginale. Dans le premier cas, l'élongation subie par le vagin est supérieure à son point limite d'élasticité, et finalement il se déchire. Quand par exemple un utérus se contracte bien, la dilatation est complète, et cependant

la tête se trouve retenue par les tissus se prêtant mal à la distension; à la fin, c'est une déchirure qui se produit.

Dans le second cas, c'est ce qui peut se produire pour le cul-de-sac antérieur en particulier, comme le signale Cotencin : « Le cul-de-sac antérieur, dans un travail long et pénible, subit un traumatisme important. La portion de tissu comprimée entre les deux plans résistants, fœtal et maternel, se déchire et se sphacèle. »

Les déchirures traumatiques ou encore provoquées sont de beaucoup les plus fréquentes. Des mécanismes variés entrent en ligne de compte pour les occasionner.

Budin en signale un premier type qui est le suivant :

Quand on veut faire une révision utérine, une version, il faut prendre des précautions. La main vaginale essaye de rentrer dans l'utérus; par suite d'une cause variable, l'orifice cervical gêne l'accès de la cavité utérine; on force tout en vrillant, ce qui a tendance à repousser la matrice par en haut. Si l'on n'a pas pris la précaution par la main ventrale de bien fixer le fond utérin, l'élongation du vagin peut devenir importante, et cela au point d'amener une déchirure d'un ou des culs-de-sac.

Autre mécanisme à peu près semblable : la déchirure se produit au cours d'une rotation de la tête. Ici la ligne de force n'est pas dirigée de bas en haut, mais suivant une ligne spiroïde. Si le point d'élasticité du vagin est faible, une amorce de déchirure se produit, et elle va progresser suivant la ligne de torsion. Et enfin nous arrivons au mécanisme le plus fréquent et le plus important : c'est celui où il faut incriminer l'instrument utilisé. C'est d'abord la branche de forceps qui est poussée dans le Douglas. Elle le déchire et ouvre une large brèche. Nous avons cité tout de suite le cul-de-sac postérieur, car, comme dit Contencin, « Sa situation et sa profondeur le désigne aux fausses routes »; par suite, c'est le plus exposé et le plus souvent atteint. Mais il ne faut pas croire que les culs-de-sac laté-

raux et même l'antérieur soient exempts de ces traumatismes. Les présentations dystociques : face, front, sont souvent imputables de ces accidents, que l'on pourrait aisément faire retomber sur l'accoucheur.

Au cours d'un autre acte obstétrical, cet accident se produit. Nous voulons parler de la basiotripsie. L'instrument, là encore, peut être mal dirigé ou déraper et provoquer une déchirure d'un cul-de-sac.

Enfin, l'avortement — qui déjà est cause de tant de lésions — voit s'ajouter à son triste palmarès des déchirures de cul-de-sac. C'est habituellement l'instrument utilisé qui est mal dirigé et provoque l'accident; mais cela sort un peu du cadre de la question. Ce que nous devons retenir, c'est que le simple curage digital que l'on pratique couramment pour vider un utérus a été cause de déchirures, sans aucune lésion antérieure.

Nous relevons, dans la thèse d'agrégation de Budin, d'autres causes moins fréquentes mais non négligeables. Ce sont les vices de conformation, toutes les anomalies et épines du bassin. De plus, le vagin lui-même est imputable de ses propres déchirures. Il suffit d'un changeemnt dans sa constitution anatomique ou histologique : infantilisme ou atrésie congénitale. Les inflammations d'origine microbienne, les maladies comme la syphilis et la tuberculose entraînent des ulcérations du vagin. Enfin, tout ce qui peut entraîner « la coriacité des tissus », comme dit Pageot.

L'utérus, suivant les fausses positions qu'il adopte, est cause de déchirures; signalons en particulier l'antéversion, même disent les auteurs américains les déplacements du vagin. Dans l'observation de Gamble, il impute la déchirure à la présence d'un abdomen *pendulum*.

Enfin, signalons les anomalies fœtales : simplement fœtus trop gros ou trop petits.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelles formes ces déchirures adoptent-elles ? En un mot, les plus variées. On en trouve de longitudinales, de transversales, d'obliques. Dans l'observation de Gamble, la déchirure était transversale avec une extension le long de la paroi postérieure du vagin ayant finalement l'aspect d'un T. Ces aspects se voient habituellement dans le cul-de-sac postérieur; les lésions des autres culs-de-sac ne sont souvent que la propagation de la déchirure du Douglas, bien que l'on doive se souvenir qu'elles peuvent être parfaitement isolées.

Ces dernières ont été signalées comme présentant une plus grande tendance aux hémorragies que les lésions du Douglas.

Toutes ces déchirures s'étendent assez loin habituellement, ouvrant la cavité péritonéale par le Douglas et la base du ligament large par les culs-de-sac latéraux. Ici, ne citons que pour mémoire les lésions vésicales faisant suite à la déchirure profonde du cul-de-sac antérieur. Leur traitement est parfaitement étudié dans des ouvrages de valeur.

SYMPTOMATOLOGIE

Voyons maintenant sur quels signes on peut faire le diagnostic de ces déchirures. Rapportons d'abord cette vieille observation de Saviard, en 1712 : « Une femme attendait à l'Hôtel-Dieu le temps de son accouchement. Elle eut des douleurs; la sage-femme l'examina et conclut qu'elle ne tarderait pas à accoucher. Pendant deux jours, la malade souffrit sans résultat, puis brusquement les douleurs cessèrent, mais la malade ressentit une pesanteur sur l'estomac qui l'obligeait à se coucher le ventre contre terre, le

pouls était fort intermittent. Enfin, après avoir passé deux jours et deux nuits dans cette situation fâcheuse, la malade mourut. Pendant le travail, le placenta s'était détaché et était sorti de la matrice, et ce qui avait surpris le plus les sages-femmes et les chirurgiens, c'est qu'en suivant le cordon ils ne trouvaient plus l'enfant dans la matrice, ce qui devait leur faire juger que l'enfant était passé dans le ventre. » Saviard fit l'ouverture du cadavre et il trouva l'enfant ayant les pieds sur l'estomac de sa mère, les mains et le visage appuyés sur la matrice. Ce viscère n'était nullement altéré mais rempli d'une quantité de sang très considérable. L'ouverture par où l'enfant était entré dans le ventre se trouvait dans le vagin, à un travers de doigt au-dessous de l'orifice de la matrice.

Le diagnostic de déchirure d'un cul-de-sac était fait, mais, hélas, c'était un diagnostic d'autopsie. Y avait-il moyen de le faire avant, et nous-même à l'heure actuelle possédons-nous des éléments précis pour faire ce diagnostic ? Disons tout de suite que la clinique est pauvre dans ce domaine.

Rien en principe au premier abord ne frappera l'attention de l'accoucheur. Ce dernier ne fera son diagnostic qu'à la seule condition qu'il pense à ces déchirures et qu'il porte son attention à les découvrir. En effet, on n'ose pas s'attarder sur la douleur. La parturiente est au moment du paroxysme des souffrances et n'éprouve guère de sensation plus douloureuse au moment de la rupture. Les hémorragies sont rarement importantes et n'attirent pas particulièrement l'attention. Enfin, l'état général de la malade est habituellement bon; nous sommes loin de cet état de schock, d'adynamie de la rupture utérine. Rien ne laisse donc supposer une déchirure d'un cul-de-sac.

Notons cependant que certains auteurs signalent la possibilité de voir l'exacerbation de l'un ou de tous ces signes : grosse hémorragie, choc, douleur violente.

Il nous reste donc à pratiquer les deux examens capitaux

qui nous permettront de porter d'une façon certaine le diagnostic, nous disons : l'inspection des culs-de-sac et le toucher. L'un et l'autre de ces examens devra être fait avec la plus grande prudence. Il ne faut pas augmenter les lésions sous prétexte de bien s'assurer d'un accident possible. Ce n'est pas tant la largeur de la brèche qui est grave que le fait qu'on va repousser dans une cavité stérile des germes et des colonies dont on ignore la virulence.

La plaie doit donc être particulièrement respectée, surtout que parfois le péritoine peut ne pas être lésé.

On se rappelle qu'au point de vue anatomique, trois tuniques constituent l'étoffe du vagin et, de plus, derrière le cul-de-sac de Douglas, descend sur une hauteur de 15 à 30 millimètres le péritoine formant, si l'on ose dire, une quatrième tunique. Il est facile de concevoir que parfois les trois tuniques se déchirent sans blessure du péritoine, mais par suite d'un toucher trop violent ou d'un spéculum trop brusquement introduit, on rompt cette dernière barrière à l'infection. Par notre faute, nous venons d'ouvrir une cavité stérile dans un milieu septique.

Pour le toucher, on pratique un nouveau lavage des mains et des bras. Brossage et désinfection. On se passe de l'iode jusqu'au dessus du coude, on met un champ stérile sur l'abdomen. Avant, il est prudent de repasser de l'alcool iodé sur les faces internes des cuisses, le périnée et la région pubienne de la malade.

De la main gauche, on fixe le fond utérin. La main droite, dont les doigts sont ramassés en cône dans l'attitude classique de « main d'accoucheur », est introduite dans le vagin.

On est alors surpris de sentir l'importance des dégâts vaginaux, même après un accouchement le plus banal. On se rend compte de l'effort peut-être passif, mais réel, auquel tous les tissus ont été soumis pour permettre le passage du fœtus.

On conçoit alors simplement l'importance primordiale

qu'il faut attacher à cette révision vaginale et, par extension, à la révision utérine après toute intervention obstétricale difficile. On ne sait quel accident on peut être amené à découvrir.

On repère alors bien le col et on explore systématiquement les culs-de-sac. La pulpe des doigts va glisser dans la « rigole vaginale », comme l'appelle Testut, faisant le tour du col. Elle reste continuellement en contact avec lui par sa face palmaire. On cherche la solution de continuité et c'est alors que la pulpe des doigts sent un autre orifice que celui du col. Si ce dernier n'a pas été bien repéré, on peut être victime d'une erreur grave. Smith, à ce point de vue là, rapporte une observation assez typique.

Il fut appelé auprès d'une malade à qui on avait voulu faire une délivrance artificielle. Le médecin, introduisant la main dans l'abdomen par déchirure du Douglas, se crut dans l'utérus. Il prit les anses grêles pour un cordon très long et, à un moment donné, ramena le tout dans sa main. Il s'aperçut alors de sa méprise et disparut affolé. L'auteur ajoute : « Quand j'arrivais, après laparotomie, je ne trouvais plus qu'un mètre et quelques centimètres d'intestin dans le ventre. »

Ces cas heureusement sont exceptionnels mais nous amènent à parler tout de suite de l'importance qu'il y a de pratiquer l'examen par la vue.

Ici encore, il va falloir procéder suivant toutes les règles de l'asepsie. Aucune faute, même légère, ne peut être admise. En fait, ne nous trouvons-nous pas dans la même situation qu'au cours de toute intervention chirurgicale sur l'abdomen ? Dans l'un et l'autre cas le péritoine n'est-il pas ouvert ? D'ailleurs, nous allons revenir sur ce point plus loin puisqu'il est tout le motif de la discussion du traitement.

Il va falloir de plus s'aider du meilleur éclairage possible. Un réflecteur placé par derrière qui sera bien orienté est indispensable. Il n'est pas négligeable, si on peut en

avoir, d'utiliser un éclairage frontal. On place alors deux valves larges. L'une sera maintenue par un aide tandis que l'autre restera dans la main gauche, permettant d'avoir la droite libre pour si besoin.

Parfois on est gêné par l'hémorragie. Si la délivrance n'a pas eu lieu, il faut attendre qu'elle se fasse. Le mieux est de procéder immédiatement à la délivrance artificielle. Si l'hémorragie est en rapport avec la déchirure, on tamponne et éponge pour s'efforcer de voir les lésions. On note l'importance de la déchirure, sa forme, sa position. Où commence-t-elle, où finit-elle ? Parfois c'est même une anse intestinale qui fait hernie à travers l'orifice. Christiani en rapporte un cas où il dit : « La matrice fut séparée en grande partie d'avec le vagin et on découvre que quelques parties d'intestin s'étaient faites jour à travers la plaie. »

On voit toute l'importance qu'il faut attacher à cet examen; lui seul, avec le toucher, peut nous renseigner et nous permettre d'affirmer s'il y a oui ou non déchirure.

EVOLUTION

Une fois le diagnostic posé, si l'on ne traite pas la lésion, comment va-t-elle évoluer ?

Nous rappelons que la lésion isolée est la seule qui nous intéresse. On comprendra alors notre silence sur les lésions associées et leur suite (fistule vésico-vaginale, recto-vaginale, etc.). Ces questions sont déjà brillamment étudiées dans de nombreux ouvrages.

Laissées donc à elles-mêmes, que deviennent ces déchirures ? Elles sont habituellement considérées comme de pronostic sévère, surtout quand il y a ouverture du péritoine. Gamble, dans son observation, est peut-être le plus affirmatif. Il présente ces lésions comme très graves et entraînant presque toujours la mort par péritonite, si l'on

n'intervient pas. En fait, on a l'impression que l'issue de l'accident est très incertaine. Parfois la guérison s'ensuit d'elle-même. On ne fait rien et le diagnostic a-t-il même été posé ? Tout rentre dans l'ordre. La malade a des suites de couches normales. Par contre, d'autres fois, il n'en est pas ainsi. Les lésions se compliquent et entraînent souvent la mort de la malade, dans des phénomènes de péritonite le plus souvent.

CHAPITRE II

TRAITEMENT

On ne pouvait donc rester dans l'inaction en face d'un tel problème. Comme dit Mahon au sujet justement du traitement de ces lésions : « On ne peut pas jouer la vie de la malade sur un coup de dés. » Qu'a-t-on donc fait ? Que fait-on à l'heure actuelle ? Existe-t-il une ligne de conduite formelle, dont on ne doit s'écarter qu'exceptionnellement ? Essayons de répondre à ce questionnaire.

Contencin a écrit : « L'histoire de ces déchirures n'a d'ailleurs de réelle valeur que depuis l'autopsie qui, seule, pouvait en faciliter l'étude et permettre d'appliquer un traitement rationnel. » Il est inutile d'insister sur la justesse de ce raisonnement. Chacun conçoit les catastrophes auxquelles courrait tout opérateur qui, avant l'ère pasteurienne, eût voulu faire quelque chose dans un péritoine ouvert. Car le problème, à l'heure actuelle, se pose d'une façon assez simple : que faire devant le brusque établissement d'une communication entre une cavité stérile et une cavité septique ? La question se posait donc de savoir s'il fallait lutter contre l'envahissement en barrant la route aux germes, soit une suture immédiate, s'il fallait drainer par voie haute ou par voie basse, enfin si une désinfection sérieuse de la cavité vaginale était suffisante.

PROPHYLAXIE

Evidemment, le premier acte à accomplir était de tâcher d'éviter de tels accidents. Comme toutes choses, tous gestes prophylactiques doivent immédiatement venir à l'esprit de chacun.

Il faut surveiller l'accouchement, s'efforcer de prévenir toutes les causes possibles de déchirures vaginales, et surtout éviter d'en être l'auteur. Si, comme nous l'avons vu, il existe des ruptures spontanées, on doit se souvenir de la fréquence où c'est la cuiller du forceps qui est à incriminer. Procéder donc à toute application de forceps d'une manière scientifique et sans brusquerie. On n'enfoncera la cuiller que bien guidée par la main de nom contraire. On opère avec prudence, on évite d'exercer de la pression pendant la pose de la cuiller. L'accident ne doit donc pas se produire. Cependant, il n'est pas à négliger que souvent le passé de la malade est méconnu. On est appelé à la dernière minute auprès d'une parturiente qu'on n'a jamais vue et, par suite, dont on ignore « l'état vaginal ». C'est le cas de cette malade de Mahon déjà citée où il s'agissait « d'une aplasie vaginale méconnue ».

Mais si la malade est connue et qu'on n'ignore pas l'existence de cicatrice antérieure, doit-on intervenir au moment du travail par césarienne ? C'est possible : Thomas O. Gamble le recommande. Il signale que pour des accouchements ultérieurs chez une femme ayant une cicatrice étendue du vagin, il serait préférable de faire une césarienne.

Le premier examen de ces malades est effectivement assez troublant. On n'ose pas croire qu'on puisse obtenir un assouplissement suffisant des tissus pour laisser passer le fœtus sans dégât. Etant interne à la Maison Maternelle Nationale, nous avons été justement amené à examiner une femme qui avait accouché quelques mois auparavant d'un enfant

vivant, mais après travail laborieux et plusieurs applications de forceps. Le fait certain était qu'après introduction d'un seul doigt dans le vagin, on tombait sur une série de brides cicatricielles denses et serrées. On avait l'impression de devoir avancer à travers les mailles de filets mises en chicane, et ce n'était que de la pulpe du doigt qu'on arrivait à sentir le col. Il est donc incontestable que cette femme à vagin tout cicatriciel, avec culs-de-sac presque inexistants, se trouve menacée en cas d'un second accouchement de faire une rupture de ce qui peut rester de ses culs-de-sac.

La ligne de conduite à suivre semble être celle d'une surveillance régulière de la grossesse et de l'évolution de l'état des tissus. Car s'il faut en croire cette vieille observation rapportée dans l'Histoire de l'Académie Royale des Sciences, on n'est pas à l'abri d'heureuse surprise. « Une femme avait été mariée à l'âge de seize ans et avait le vagin si étroit qu'à peine un tuyau de plume d'oie pouvait y entrer. Il n'était fermé par aucune membrane particulière, comme il arrive parfois. Elle sentait une tension douloureuse à la matrice et dans le temps de ses règles qui ne pouvaient s'écouler librement. Enfin, au bout de onze ans, elle devint grosse. Son chirurgien croyait qu'elle n'accoucherait jamais. Cependant, vers le cinquième mois, le vagin commença à se dilater et continua toujours depuis, de sorte qu'il prit à la fin une largeur naturelle et que la femme accoucha heureusement. »

On voit donc que la nature, apportant un concours efficace, permet de ne pas assombrir un pronostic qu'on signifierait peut-être grave.

Tous les conseils impérieux de prophylaxie ayant été donnés, voyons maintenant si la déchirure se produisait ce qui se ferait.

Jadis, le grand traitement fut les injections. On en faisait de fréquentes et abondantes. L'eau bouillie était additionnée de désinfectants divers : acide salycilique, lysol, tein-

ture d'iode, etc. En réalité, le résultat n'était guère bon et dans tous les cas les dangers étaient sérieux. Les colonies microbiennes étaient poussées vers la profondeur et les recoins difficilement accessibles. C'est ce que disait Bizais, en 1926 : « Ne rien faire qui puisse pousser les germes dans la cavité péritonéale », car, de plus, comme vingt ans plus tôt Rouvier le disait, les injections décollent largement les tissus déjà lésés.

A l'heure actuelle, il semble que les injections aient été tout à fait abandonnées, et il reste les trois grands traitements : l'hystérectomie, la suture et les tamponnements.

En quoi consistaient ces tamponnements et ces méchages ? On procédait à un « bourrage » du vagin avec des mèches de gaze imbibées de désinfectants divers : teinture d'iode, eau oxygénée; plus récemment, ce fut la glycérine créosotée au tiers. Cette méthode montra rapidement ses dangers. Sous l'effet d'un tamponnement trop important, on vit apparaître des phénomènes péritonéaux dus au développement de germes inclus dans la cavité abdominale. C'était la véritable culture en « ballons clos ».

C'est cette notion qui fit s'insurger un certain nombre de praticiens quand on proposa la suture immédiate et complète de la cavité. L'idée directrice était de barrer immédiatement la route à l'infection tout en facilitant le processus de réparation. Malheureusement, on ne savait pas si des germes n'étaient pas déjà passés dans le péritoine et, de plus, on ne savait à quels germes on avait affaire et quelle était leur virulence.

Ce sont surtout les auteurs allemands qui poussèrent à cette méthode. Freund la préconise, il déclare officiellement que toute déchirure du vagin doit être suturée immédiatement. Batheuher rapporte dans les ouvrages l'heureux résultat de cette méthode. Hofmeier admet parfaitement l'idée de fermeture, mais signale que pour une déchirure du Douglas il est inutile d'intervenir. La malade étant en décubitus dorsal, le propre poids de son utérus reposant

par sa face postérieure rapproche les deux lèvres de la plaie et les font s'affronter.

En 1911, Esald pousse et encourage au maximum à cette suture. Mais, en 1912, Rouvier s'élève contre un tel traitement. Il signale le mauvais état des tissus; ils sont œdématiés, congestionnés, par suite plus aptes à se déchirer, à se couper sous les fils de suture; ce qui parfois, dit-il, entraîne des hémorragies rebelles. Cela objecté avec la notion infectieuse concomitante, on essaya de pallier à ces difficultés en ne procédant qu'à une suture partielle avec espace libre pour pouvoir drainer. Toutes les méthodes de drainage furent essayées. Habituellement, les auteurs proposent la mise en place d'un ou de deux drains de grosseur variable. Contencin insiste sur ce drainage vaginal faisant jouer la loi de la pesanteur pour entraîner tous les liquides qui se forment. Enfin, de nos jours, ce sont Mahon, Mauclaire et Tissier qui utilisent le drainage vaginal.

Mais au cours des recherches thérapeutiques apparut en chirurgie une nouvelle intervention. C'est d'abord la laparotomie, discutée à ses débuts. Leviet et M^me^ Lachapelle la refusaient, traitant cette intervention de « barbare ». Thibault, en 1768, lui doit un premier succès et, par la suite, tous les auteurs insistent dessus. Weiss et Schell font remarquer combien il est facile alors de voir à quelle importance de dégâts on a affaire et quelle ligne de conduite à adopter. On associa ensuite l'hystérectomie, permettant un drainage par voie haute. Cette intervention, pratiquée par Neugebauer, fut proposée par Fehling en 1895. Elle donna d'excellents résultats et fut admise de nos jours sans contestation. Cependant, bien que les risques opératoires diminuent chaque jour avec les progrès de la chirurgie, une part de mortalité demeure. Bizais, dans sa thèse, dit : « L'hystérectomie avec ou sans Mickulicz est toujours grave, surtout par ses accidents consécutifs (phlébite, mort par péritonite). » Cependant, cette intervention semblait être la plus satisfaisante. On allait au devant

d'une infection possible, on tuait le germe à sa naissance, on barrait la route aux colonies microbiennes capables de s'infiltrer dans le péritoine. De plus, comme le signale Mahon dans une observation, « réintervenant le dix-septième jour chez une femme ayant eu un Mickulicz après déchirure du Douglas, il trouve des logettes péri-utérines limitées par des adhérences nombreuses qui contiennent du pus ».

L'utérus était la cheville de ces recessus et maintenait derrière lui ces foyers. C'est la même idée que nous trouvons chez J.-L. Faure quand, parlant de l'opération de Pean pour drainage en chirurgie gynécologique, il dit : « Au lieu d'une poche (de pus), il y en a beaucoup. » Pean nous a appris que quand dans le bassin il y avait infection, on se trouvait en présence d'une sorte d'éponge purulente; pour avoir un drainage suffisant, il fallait faire l'hystérectomie. On enlève l'utérus non parce qu'il est malade, mais parce qu'il est au milieu de toutes ces poches qui remplissent le bassin comme une bonde (le mot vient de Pean), et si vous l'enlevez par une opération vaginale, c'est la possibilité après de se drainer normalement par le vagin.

Voici donc comment, de nos jours, fut résolu le problème du traitement des plaies des culs-de-sac vaginaux.

On pouvait tamponner, suturer la plaie, mécher par en haut et drainer avec Mickulicz le plus souvent après hystérectomie. Cette dernière intervention, le plus couramment usitée, répondait bien à l'idée qu'on se faisait de cette lésion, chacun la considérant comme une plaie pénétrante de l'abdomen.

Cependant, l'intervention restait grave. Comme le dit déjà Bizais en 1926, « Faire une hystérectomie, c'est enlever à la femme un organe intact et susceptible de permettre l'évolution d'un grossesse ultérieure. » Nous ne soulevons ici que discrètement le voile du problème qui se pose et combien grave il nous apparaît.

Souvent, ces accidents surviennent chez une primipare

jeune. Le travail et les manœuvres ramènent un enfant mort. Pouvait-on donc condamner un ménage à ne plus avoir d'enfants et priver une femme des joies de la maternité pour un accident malheureux qui risquait de ne pas être grave ?

Or, tout bien considéré, on supprime un organe qui en lui-même n'est nullement lésé ou malade. L'utérus n'a pas été touché, comme nous l'avons signalé dès le début. Donc il n'entre en ligne de compte que comme agent gênant nos manœuvres thérapeutiques et, par suite, son ablation était décidée.

Ne pouvait-on donc envisager une technique autre, qui permettrait de négliger la présence de cet organe et, par suite, de le garder entier ?

CHAPITRE III

LE MÉCHAGE PAR VOIE BASSE

Nous avons alors été amené à chercher, parmi les chirurgiens et les accoucheurs, si ce traitement était le seul possible et si eux-mêmes, devant toutes déchirures d'un cul-de-sac, pratiquaient l'hystérectomie et le drainage par en haut.

Il existe d'autres plaies de l'abdomen où, tout de même, les chirurgiens se tiennent sur l'expectative. Nous voulons parler des perforations utérines au cours des curettages, et là pourtant l'utérus lui-même est touché.

Nous savons que la conduite à tenir est sujette à discussions. Cependant, beaucoup de chirurgiens ont tendance à s'abstenir de toute intervention, et on ne compte plus les cas où la guérison a été obtenue par l'abstention pure et simple. Ne pouvait-on faire de même pour une déchirure d'un cul-de-sac, même du Douglas ?

Avait-on besoin de recourir immédiatement à la chirurgie mutilatrice, avant d'essayer autre chose ? C'est ainsi que nous fûmes amené à envisager les résultats obtenus après simple méchage par voie basse accompagné d'une surveillance médicale serrée permettant de dépister l'apparition de la moindre complication.

TECHNIQUE

On fait entrer la malade dans un service chirurgical ou en clinique. En salle d'opération comme pour toute opération, on va procéder à ce méchage.

La malade est mise en position gynécologique et on procède comme il a été dit à propos de l'examen de la déchirure. Une fois la lésion bien examinée, à l'aide d'une pince gynécologique, on va placer une mèche de gaze dans la déchirure. On peut d'ailleurs préalablement la saupoudrer de sulfamide.

De même, il peut être recommandé d'insuffler de la poudre de sulfamide dans le vagin et sur le pourtour de la déchirure.

La malade ensuite est réallongée les jambes serrées dans son lit. On met la glace sur le ventre et on va surveiller l'évolution.

Peut-être est-ce là que se place le temps principal du traitement. Car loin de nous la pensée de rejeter une intervention par voie haute, mais nous pensons que peut-être il n'est pas utile de la pratiquer systématiquement. En même temps on administre des sulfamides *per os* à fortes doses.

La malade sera suivie d'heure en heure. Il faut être à l'affut du moindre signe de réaction péritonéale. Car pour intervenir, il ne faut pas attendre les grands signes de péritonite (ventre de bois, arrêt des matières et des gaz). Il serait trop tard. Un peu de douleur à la palpation, une variation du pouls ne doivent pas faire hésiter à intervenir.

Dans une des observations rapportées, on verra que l'intestin avait été lésé en même temps que le cul-de-sac était perforé. Nous pensons que chacun nous signalera donc la nécessité d'une laparotomie, la preuve étant là que les dégâts sont souvent sérieux et que l'attitude que nous proposons ne nous permet pas de savoir l'importance des

lésions; de plus, que le syndrome péritonéal était déjà dû à la perforation de l'intestin, donc question hors du sujet. Or, n'avons-nous pas le droit de répondre que si la révision des culs-de-sac avai été faite, comme nous le proposons, l'existence de la déchirure n'aurait pas été ignorée ? Ainsi, dès l'apparition des premiers signes, on serait intervenu. La véritable étiologie de cette péritonite aurait été dépistée antérieurement et le traitement classique immédiatement appliqué.

Notre travail est-il en opposition avec cela ? Nullement, mais nous disons simplement : la difficulté présentée par l'application du forceps, le besoin de faire une seconde prise nécessitaient automatiquement la révision des culs-de-sac. La déchirure était alors découverte. Nous méchions, mais avec déjà conscience d'un accident possible. Notre attente était alors celle d'un homme prévenu.

Nous acceptions sans surprise de voir apparaître des signes péritonéaux et le travail du chirurgien — qui, dans ces cas, malgré les mauvaises conditions, permit un résultat — aurait peut-être été facilité.

En un mot, nous nous trouvions dans de meilleures conditions.

OBSERVATIONS

Observations I et II

Rupture de culs-de-sac vaginaux au cours de l'avortement.

(Contamin et Ambre, *Revue Française de Gyn. et d'Obst.*, 1942)

Madame X..., trente-huit ans. Sextigeste.

Présente des hémorragies consécutives à un avortement spontané d'une grossesse de trois mois. On pratique un curage digital qui vide l'utérus. Le curage terminé, on voit qu'il existe encore une hémorragie légère mais continuelle.

On fait alors une révision des culs-de-sac vaginaux qui montre une déchirure du cul-de-sac postérieur ayant une largeur de 5 centimètres environ, qui atteint la lèvre postérieure du col sans l'intéresser.

A travers la brèche s'extériorise des franges du colon sigmoïde.

Hystérectomie totale.

Guérison sans incident.

*
**

Avortement provoqué par une injection intra-utérine au moyen d'une canule en ébonite.

Curage digital.

Révision des culs-de-sac.

Découverte d'une rupture du cul-de-sac latéral gauche,

atteignant la base du ligament large du même côté. Largeur de la déchirure : une pièce de vingt francs environ.

Suture de la perforation avec mèche vaginale.

Fermeture totale.

Guérison.

Observation III

(Hôpital André-Boursier, année 1941, n° 205)

M^me^ X..., vingt-deux ans. Primipare.

Antécédents héréditaires, collatéraux et personnels : rien à signaler.

Dernières règles : 3 au 7 juin 1940.

Grossesse normale. Urines : pas dalbumine. B.-W. négatif.

Début du travail le 19 mars 1941, à 19 heures :

Poche des eaux intacte;

Présentation de la face M. I. D. P.;

Bassin légèrement rétréci (promontoire accesible loin);

Bruits du cœur +.

Dilatation qui se fait lentement, puisque le 20 mars, à 19 heures, elle est de petite palmaire. A ce moment, rupture spontanée de la poche des eaux. La dilatation progresse plus rapidement et elle est complète à 22 heures.

A ce moment, face engagée, en M. I. D. P., n'ayant pas tendance à faire sa rotation.

On décide de faire une application de forceps.

Prise en M. I. D. P. La rotation se fait facilement et on amène le menton sous la symphyse pubienne. On retire le forceps et on voit que la tête a repris sa position première en postérieur. La chose se reproduit deux fois et, finalement, on arrive à extraire un enfant petit, né en état de mort apparente, mais qu'on ranime assez facilement.

Etant donné les manœuvres nombreuses faites, on décide de faire une révision utérine.

Après délivrance artificielle, on constate l'intégrité du corps et même du col utérin. Mais il existe dans le cul-de-sac postérieur une déchirure du Douglas qui fait communiquer la cavité vaginale avec la cavité abdominale, déchirure dans laquelle on peut introduire un doigt.

On décide de faire une laparotomie et de traiter à la demande des lésions.

Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : petite quantité de sang dans le péritoine. En soulevant l'utérus, on vérifie qu'il existe bien dans le Douglas une brèche dans laquelle on introduit un drain et une mèche qui ressortent par le vagin. Mickulicz abdominal. Fermeture de la paroi en trois plans.

24 mars : Ablation du drain et de la mèche vaginale.

26 — On commence à retirer les mèches Mickulicz.

27 — On continuè.

28 — On achève de retirer les mèches.

29 — On commence à retirer le Mickulicz.

A partir du 26 mars, pendant trente-huit jours, la malade présente un état fébrile autour de 38°. On donne de la prostigmine.

30 mars : Toni-cardiaque toutes les quatre heures.

1er avril : Vomissements fécaloïdes. Ballonnements. Diarrhée. 20 cm^3 de sérum salé hypertonique intraveineux.

3 avril : Muguet.

11 avril : 60 cm^3 anti-strepto. 4 comprimés de quinicardine.

17 — Perfusion de 250 cm^3.

Et ainsi jusqu'au quarantième jour, époque à laquelle tous les signes se sont amendés, on a traité la malade au sérum, tonicardiaque et perfusion.

Sortie guérie.

Observation IV

(Hôpital Pellegrin, année 1930, n° 735)

Secondipare, quarante-deux ans.

Première grossesse à vingt ans. Accouchement normal. Vingt-deux ans de stérilité. Pas le même père pour les deux grossesses.

Grossesse à peu près normale : légère albuminurie, sans azotémie ni hypertension.

Rupture prématurée des membranes dans la soirée du 30 août. Une grande quantité du liquide s'est écoulée dans

la journée du 31. La malade, jusqu'à cette date, sentait l'enfant remuer. Le travail se prolongea normalement. L'auscultation des bruits du cœur est devenue négative.

La malade est dirigée vers la Maternité le 1er septembre, à 7 heures.

A ce moment, utérus contracturé. Depuis la veille, la malade signale ne plus sentir remuer. Auscultation négative. Tête non engagée, mais appuyant bien. Col à cinq francs, souple.

Température normale. Etat général bon.

Le Docteur Balard, consulté, estime qu'il y a intérêt à vider l'utérus vite. La basiotripsie est rejetée : doute sur la négativité des bruits du cœur.

Rachi-anesthésie. Dilatation manuelle facile. Forceps en O. I. G. T. Extraction pénible, malgré très bonne expression abdominale. La tête dégagée, les épaules sont retenues par une contracture du corps utérin. On essaie d'abaisser le bras postérieur, on ne le trouve pas. Un paquet de cordon latéro-cident fait un circulaire lâche autour du cou. La mort du fœtus ne faisant pas de doute, traction forte sur l'épaule antérieure. Dégagement des épaules en transvers. Périnée déchiré.

Enfant mort de 3 kg. 960.

La délivrance se fait aussitôt naturellement.

La réintroduction de la main dans les voies vaginales montre l'existence d'une déchirure circulaire de la paroi vaginale postérieure permettant l'introduction facile de deux doigts.

Le Docteur Barthélémy, mandé d'urgence, pratique une hystérectomie totale.

Mickulicz dans le Douglas en face de la déchirure. Introduction d'une mèche vaginale que l'on laisse en contact par sa partie supérieure avec le Mickulicz, à travers le dôme vaginal non complètement péritonisé.

Phlébite gauche le teizième jour. Immobilisation, sangsues.

Septicémine intraveineuse. Sulfarsénol.

Le vingt-quatrième jour, œdème léger et douleur au niveau du mollet droit.

Phlébite droite. Immobilisation, sangsues.

Pommade au gaïacol et salicylate de méthyle.

Le sixième jour après son début, 0 gr. 12 de sulfarsénol pendant trois jours.

Un mois après, guérison définitive. Sortie de la malade.

Observation V

(Observation de la Maternité de l'Hôtel-Dieu, *in Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1939-1940)

Mme X..., vingt-trois ans, entre dans le service dans la journée du 20 mars 1935 au terme d'une deuxième gestation.

Elle a eu une première grossesse en 1933, interrompue par un avortement suivi de curettage à trois mois et demi.

L'examen à l'entrée est le suivant : hauteur utérine, 36 centimètres. Présentation céphalique mobile. Dos à gauche. Enfant vivant. Col en voie d'effacement. Bassin normal.

Le 20, à 20 heures, dilatation 1 franc, membranes rompues.

Le 20, à 24 heures, dilatation grande palmaire.

Le 21, à 2 h. 30, application de forceps, la dilatation n'ayant pas progressé.

Incision des lèvres antérieure et postérieure du col.

Application forceps en O. I. G. A., la tête étant élevée; une résistance ayant été perçue au cours de la mise en place de la cuillère gauche, le forceps est enlevé et une nouvelle prise effectuée.

Traction, abaissement de la tête à la vulve. Rotation en O. P.

Extraction d'un enfant vivant, criant dès la naissance (3 kg. 700).

Délivrance naturelle complète une heure après l'accouchement. Pas d'hémorragie notable.

Lésions périnéales simples n'intéressant pas le sphincter. Vérification des incisions du col sous le contrôle de valve.

Tout paraît normal, les incisions du col ne sont pas étendues vers le haut.

Suture de la déchirure périnéale. Le premier jour des suites de couches se passe normalement : température 37°8 le soir avec pouls à 112.

Le 22 mars, température 37°4, pouls à 100. Le soir, la femme se plaint de douleurs abdominales sans localisation précise. Quelques nausées, pas de selles depuis l'accouchement, température 38°1, pouls à 112.

Examen : abdomen souple, légèrement ballonné, sans point douloureux net. Un lavement est donné qui détermine une vive douleur, mais qui n'est pas rendu.

Le 23 mars, température 38°4, pouls à 120. La douleur persiste; la malade a eu un vomissement. Le soir, à 18 heures, température 37°4, pouls à 108. Des vomissements bileux se sont produits pendant toute l'après-midi. Les douleurs sont moins violentes, mais le facies est altéré.

Examen : ballonnement considérable avec légère défense musculaire au niveau de l'étage abdominal inférieur. La pression épigastrique brusque réveille une vive douleur. L'infirmière nous donne un renseignement important : un lavement donné à 16 heures a été évacué par le vagin.

Le toucher vaginal ne montre aucune lésion importante des voies génitales basses pouvant expliquer ce fait. Une intervention est décidée, le diagnostic de lésion rectale étant très probable.

Sous anesthésie générale au balsoforme, laparotomie médiane sous-ombilicale.

A l'ouverture de l'abdomen, des gaz s'échappent, des adhérences multiples sont en voie de formation entre l'utérus et les anses grêles qui sont facilement libérées.

L'utérus est relevé; il s'écoule du Douglas un liquide épais, rougeâtre et fétide (un prélèvement est fait qui montrera de nombreux germes : streptocoques, colibacilles et germes anaérobies). On peut apercevoir les lésions.

Hystérectomie subtotale avec ablation des annexes.

Le corps utérin est sain, il n'y a pas de lésion du segment inférieur.

Après fermeture du canal cervico-segmentaire, on aperçoit un trou dans le canal iléo-pelvien; ce trou arrondi, d'un centimètre de diamètre, siège en regard du promontoire sur la face antérieure du canal iléo-pelvien.

Enfouissement de l'orifice intestinal à l'aide de deux catguts 00 passés en bourse successivement.

L'exploration du fond du Douglas montre une déchirure par laquelle reflue du liquide vaginal. Déchirure transversale de 4 centimètres de longueur.

Mise en place de deux drains et d'un Mickulicz dans le Douglas. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze. Après l'opération, une exploration du vagin montre une déchirure du cul-de-sac vaginal postérieur.

Cette malade, après des suites compliquées, a guéri. Nous l'avons revue le 22 mai 1935 en parfaite santé.

Les lésions que nous avons observées sont dues au passage de la cuillère gauche du forceps au travers du cul-de-sac vaginal; c'est le bec de la cuillère qui est venu léser le gros intestin.

Observation VI

(Professeur agrégé Mahon)

Le 31 juillet 1938, nous sommes appelé par une sage-femme auprès d'une jeune primipare qui est en période d'expulsion depuis cinq heures. Enorme bosse séro-sanguine qui descend sur le périnée et masque les sutures. Nous vérifions par un toucher profond qu'il s'agit d'une O. I. D. P. et que la tête est haute, mais cependant engagée. Le fœtus est toujours vivant.

Sous anesthésie générale au chloroforme, nous entreprenons une application de forceps pour laquelle nous ne prévoyons pas de grandes difficultés, le bassin paraissant normal. Or, malgré une prise incontestablement correcte, des tractions modérées puis soutenues ne font pas progresser la présentation. Nous tentons alors prudemment une rotation sur la tête encore élevée. Celle-ci se fait au prix de quelques difficultés et s'accompagne de la perception d'un bruit inquiétant. Par une seconde application en O. P. et une petite épisiotomie, on termine l'extraction d'un enfant vivant, mais qui présente une hémorragie méningée et, malgré le traitement, succombera le lendemain.

Une vérification immédiate des parties molles maternelles montre une large déchirure du cul-de-sac postérieur par

laquelle on pénètre librement dans la grande cavité péritonéale. La malade est transportée à la Maternité Pellegrin et nous l'opérons sur le champ.

Sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale. Peu de sang dans le péritoine (il n'y a pas eu non plus d'hémorragie externe notable). L'utérus est récliné en avant et en haut et on découvre la déchirure du Douglas, qui est verticale linéaire et mesure environ 6 centimètres.

On la suture non sans difficulté à l'aide d'un surget total au catgut n° 2. Un Mickulicz est placé en arrière de l'utérus jusque dans le fond du Douglas et transversalement étalé, séparant complètement la grande cavité du pelvis. La paroi est suturée en un plan, le Mikulicz sortant par la partie supérieure de l'incision.

La malade n'est pas choquée en ne donnera jamais d'inquiétudes immédiates, mais ses suites sont troublées par deux ordres de complications :

D'une part, elle perd ses urines et il faut se rendre à l'évidence d'une lésion de la cloison vésico-vaginale;

D'autre part, avec un bon état général et sans aucune réaction péritonéale, elle fait une température à grandes oscillations (37°5-39°5) qui ne cède pas à l'ablation du Mikulicz, le huitième jour.

Le dix-septième jour, après avis du Docteur Lafargue, chirurgien des hôpitaux, nous réintervenons par voie abdominale, sous anesthésie générale. La paroi est ouverte au niveau de la partie supérieure du trajet de la première incision qui s'est réunie *per primam*, et nous effondrons au doigt des adhérences qui limitent de nombreux récessus péri-utérins. Du pus s'écoule en abondance et nous drainons largement par mèches et drains, sans aucune suture. La température tombe. La suppuration tarit au bout de deux à trois semaines et la paroi se cicatrise secondairement dans de bonnes conditions.

La fistule vésico-vaginale est opérée au mois de novembre par M. le Professeur agrégé Darget.

Observation VII

(Inédite, de M. le Docteur Mangé)

M^me^ X..., vingt-cinq ans. — Le 6 octobre 1939, applications laborieuses de forceps sur présentation de front. Enfant vivant.

Mais déchirure du périnée et du sphincter anal. Rupture de la paroi antérieure du rectum sur 4 centimètres de long. Au-dessus, la paroi postérieure du vagin est déchirée sur toute sa longueur et la brèche intéresse le cul-de-sac de Douglas. Le col est intact.

Trois heures après l'accouchement, je vois la malade et, malgré les mauvaises conditions, je suture d'abord le rectum et le sphincter anal, puis la paroi postérieure du vagin et le Douglas.

Contrairement à mon attente, les suites ont été très simples. Peu de température; pas de réaction péritonéale; les sutures du Douglas, du vagin et du rectum tiennent très bien. Par contre, le sphincter ne tient pas et la malade perd ses matières.

En février 1940 : suture du sphincter. Périnéorraphie. Résultat excellent.

La conduite tenue est très critiquable. Ces sutures complètes, faites après un accouchement laborieux sur des tissus contus et chez l'habitant, risquaient de s'accompagner de phénomènes infectieux d'autant plus graves que le rectum et le Douglas étaient ouverts.

De toutes façons, la suture du rectum s'imposait pour éviter un ensemencement du vagin et du Douglas, et essayer d'éviter les inconvénients d'une incontinence des matières.

Or, il fallait bien enfouir cette suture du rectum pour mieux assurer son étanchéité. C'est pourquoi j'ai tout suturé, me réservant de faire sauter les sutures en cas de besoin.

L'évolution de la maladie prouve que ma conduite n'était pas tellement illogique, et la suture primitive du Douglas

me paraît très tentante aujourd'hui puisque nous avons avec les sulfamides un antiseptique très puissant en applications locales.

Observation VIII

(Docteurs Mangé et G. Faugère)

M^me^ R..., primipare, vingt-neuf ans, me fait appeler le 28 août 1942, vers 2 heures, en campagne.

Femme à terme, ayant débuté le travail le 27 août, à 4 heures. Dilatation progressant lentement après rupture artificielle de la poche des eaux à 12 heures.

Le 28 août, à 4 heures du matin, dilatation entre cinq francs et petite palmaire. Col souple. Sommet en D. T. à la partie haute de l'excavation. Enfant vivant. On propose le transport en clinique. Devant les réticences de la famille, on termine la dilatation. Forceps, deux prises, rotation et descente pénible, bref on extrait un enfant de 4 kg. 150 qu'il faut ranimer. Mort quelques heures après par hémorragie méningée.

Délivrance artificielle.

Révision utérine : utérus intact. En arrière du col, le Douglas est largement ouvert : brèche de 5 ou 6 centimètres au travers de laquelle on tombe sur les anses intestinales. Femme peu choquée, pas d'hémorragie.

Transport en clinique (il est 4 heures du matin).

Le Docteur Mangé, consulté à 8 heures, préconise un simple méchage vaginal et une surveillance attentive.

On poudre largement le vagin d'exoseptoplix. On place une mèche dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Glace sur le ventre. Thiazomide *per os,* 6 grammes.

Dans la journée, aucune réaction péritonéale.

Dans les jours suivants, température au-dessous de 37°; pouls au-dessous de 70; pas la moindre réaction péritonéale.

La malade rend les gaz le deuxième jour. Selle le troisième jour.

Mèche changée au cinquième jour. Ablation définitive le neuvième jour.

La malade quitte la clinique le quinzième jour sans jamais

avoir atteint plus de 37° de température ni 80 de pulsation.

Revue au mois de novembre, deux mois après environ. Il ne subsiste dans le vagin qu'une petite bride cicatricielle du Douglas débordant légèrement dans le cul-de-sac latéral gauche.

***

De toutes ces observations, le bilan thérapeutique se chiffre ainsi :

Sur huit déchirures de culs-de-sac vaginaux diagnostiquées et traitées, aucun cas de mort, mais morbidité dans quatre cas.

Trois cas ont été traités par hystérectomie et Mickulicz, suivis de phlébite et autres complications, sauf une. Nous reconnaissons que dans l'un des cas, la lésion de l'intestin rejetait en second plan la déchirure du cul-de-sac. Au cours de notre travail d'ailleurs, nous avons signalé les conclusions qu'il fallait tirer de cette observation.

Deux cas ont été traités par Mickulicz et drainage par voie haute sans hystérectomie; là encore, suites compliquées.

Deux cas ont été suturés; bon résultat.

Un cas diagnostiqué tardivement, non traité : légère complication.

Enfin, un cas traité par méchage par voie basse avec contrôle médical suivi : évolution normale sans aucune complication.

CONCLUSIONS

Il existe des déchirures des culs-de-sac vaginaux indépendantes de toute lésion de l'utérus.

Ou spontanées, ou provoquées, ces déchirures doivent être présentes à l'esprit pour qu'on les recherche. Elles peuvent être diagnostiquées au lit de la malade dès l'accouchement terminé, et l'arrière-faix expulsé. La présence de la lésion nécessite un traitement.

Le drainage par voie haute, après hystérectomie, doit être le traitement consécutif à l'apparition d'une menace de complication.

Mais nous croyons pouvoir nous donner le temps de « voir venir » (à la condition que la malade soit placée sous contrôle médical) en pratiquant un drainage par voie vaginale (mise en place d'une mèche saupoudrée de sulfamide), qui parfois permettra à lui seul une guérison rapide, complète et sans séquelles.

La sulfamidothérapie locale associée à la sulfamidothérapie *per os* à doses assez fortes est un complément indispensable de cette thérapeutique.

Au cours de la lutte pour la délivrance, la jeune mère a peut-être perdu son enfant ! C'est un regret qu'elle portera en elle, mais d'une chose qu'elle n'a pas connue. Mais si l'hystérectomie doit suivre, n'est-ce pas alors un vrai drame et même un cauchemar que de savoir « qu'on ne peut plus avoir d'enfant » ?

C'est fort de ces pensées que nous avons essayé de donner

le traitement médical maximum, nous efforçant de n'être amené au traitement chirurgical que poussé par une complication.

La femme alors pourra se relever vite, guérie et portant encore toutes les possibilités physiques de son essence même : la maternité.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
P. MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
FAUGÈRE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 11 Juin 1943.
L'Inspecteur général de l'Enseignement supérieur,
Recteur de l'Académie,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Andérodias, Liard (J.) et Faugère (G.). — Rupture du cul-de-sac postérieur au cours d'une application de forceps pour face. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 15 janvier 1942.

Anisimov (A.). — Ruptures of vaginal fundi and cervix uteri during delivery. *J. Akush. i Zhensk. Bollez.*, mai-juin 1927, **38**, 345-351.

Battlehner. — Traitement des déchirures du vagin pénétrant dans la cavité abdominale. *Berliner Klin. Wochenschr.*, août 1886.

Bell. — Rupture of vagin during labour. *London Obstetric Transact*, 1863.

Bizais (J.). — Contribution à l'étude des déchirures du dôme vaginal. Thèse méd., Montpellier, 1903.

Budin. — Les lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels. Thèse d'agrégation, 1878.

Christiani. — Thèse doctorat, Paris, an XII, n° 225.

Coffinières. — Mémoires sur la rupture du vagin dans l'accouchement laborieux. *Recueil périodique de la Soc. de Méd. de Paris*, tome VI, p. 444.

Contamin et Ambre. — Observation sur la rupture des culs-de-sac vaginaux. *Revue Franç. de Gynéc. et d'Obst.*, 1940.

Contencin (L.). — Contribution à l'étude des déchirures de sacs vaginaux au cours des accouchements. Thèse méd., Montpellier, 1903.

Devillez. — Des ruptures de l'utérus et de la partie supérieure du vagin résultant de manœuvres obstétricales. Thèse, Paris, décembre 1869.

Digonnet. — Un cas de déchirure de cul-de-sac vaginal avec lésions intestinales associées. *Bull. de la Soc. d'Obt. et de Gynéc.*, 1939-1940.

Duboucher-Honel. — Rupture complète du cul-de-sac latéral gauche du vagin et du segment inférieur de l'utérus au cours d'un accouchement gemellaire dystocique; hystérectomie, mort apparente, injections intraveineuses d'adrénaline; transfusion sanguine, survie de vingt heures. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1922, t. XI, p. 163-167.

Dubrulle. — Rupture du vagin. Nécessité absolue d'une révision minutieuse de l'utérus et des culs-de-sac vaginaux après tout accouchement dystocique. Thèse, Lille, 1918-1919.

DUHRSSEN. — *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1888.

DUPARCQUE. — Histoire complète des ruptures et des déchirures de l'utérus, du vagin et du périnée. Paris, 1836.

— Maladies de la matrice. Paris, 1839, t. II.

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE, tome I, 5078, p. 7.

ESAU. — Arrachement d'un segment circulaire du vagin dans sa partie supérieure. *Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, janvier 1911.

FAURE (J.-L.). — Le drainage en chirurgie gynécologique. Leçons du jeudi soir de la Clinique Tarnier, 1926.

GAILLARD (Thomas). — *American Journal of Obstetric.*

GONNET, BANSILLON, MENEAULT et BUCHER. — Dystocie grave par rein polykystique avec éclatement du dôme vaginal. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, décembre 1937, **26**, 774-777.

HOFMEIER. — *Zeitschr. für Geburtsh und Gynäk.*, 1884.

INGLEBY. — Désinsertion et rupture transversale du vagin sur 15 centimètres. *London Medical Repositvy*, t. XII.

LACASSE. — A propos d'un cas de désinsertion du vagin. *Annales de Gynéc. et d'Obst.*, 1912

LACHAPELLE (M^me^). — Pratique des accouchements, t. I.

MAHON (R.). — Lésions complexes du vagin au cours d'un accouchement dystocique; considérations sur le traitement chirurgical des déchirures obstétricales complètes du cul-de-sac postérieur. *Bull. de la Soc. de Gynéc. et d'Obst.*, avril 1939, **28**, 224-226.

MANGÉ et FAUGÈRE. — Rupture du cul-de-sac vaginal postérieur consécutive à une application de forceps. Présenté à la Société d'Obstétrique le 17 novembre 1942.

MAQUART (L.). — Rétrécissement du vagin. Thèse méd., Paris, 1919-1920.

MAUCLAIRE (P.) et TISSIER. — Rupture du cul-de-sac postérieur du vagin au cours de l'accouchement; incision abdominale exploratrice. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1915, n. s., t. XII, p. 1105.

MOREL. — Rupture et perforation de la partie postérieure du vagin. Thèse, Paris, 1897.

PAQUET. — Quelques mots au sujet de désinsertion spontanée de l'extrémité supérieure du vagin. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1912, t. I, p. 468-472.

POZZI. — *Annales de Gynécologie*, 1908.

ROUVIER. — Rupture de la voûte du vagin pendant le travail. *Annales de Gynéc. et d'Obst.*, 1912, p. 193.

SIMON. — Recherche sur l'opération césarienne. *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*, 1885, t. II.

SMITH. — *Medic. Chirurg. Transact.*, XII^e^ vol., 1827.

WETMORE. — *American Journal of Medical Sciences*, 2^e^ série, 1869.

Bordeaux. — Imp. E. DROUILLARD, 3, place de la Victoire.